DE

N° 66

L'OCCLUSION MEMBRANEUSE

DE LA TRACHÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1898

PAR

Félix ROUBAUD

Né à Grimaud (Var), le 25 février 1864

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . Doyen
HAMELIN (✻) . . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id.	Rauzier (Ch. du c.)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. MOITESSIER	MM. VALLOIS
LECERCLE	BOSC	MOURET
RAUZIER	de ROUVILLE	DELEZENNE
LAPEYRE	PUECH	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.*	De ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A MA SŒUR

F. ROUBAUD.

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

F. ROUBAUD.

Arrivé au terme de mes études médicales, j'ai à cœur de remercier mes Maîtres de Lyon, de Paris, de Marseille et de Montpellier, et tous ceux qui m'ont aidé de leur concours ou soutenu de leurs encouragements.

M. le docteur Molinié, de Marseille, qui a bien voulu laisser mettre à contribution son savoir et sa grande expérience de laryngologiste, a droit à toute ma gratitude.

A M. le professeur Forgue, qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, j'adresse le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0118

DE

L'OCCLUSION MEMBRANEUSE

DE LA TRACHÉE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Sous le nom d'*occlusion membraneuse de la trachée,* nous désignerons un mode particulier d'oblitération de ce conduit par une ou plusieurs cloisons membranoïdes, placées en des points non rétrécis de la trachée, perpendiculairement ou à peu près à ses parois internes et leur adhérant, sur tout ou seulement sur une ou plusieurs portions de leur pourtour.

Ces cloisons diminuent la lumière de la trachée et mettent ainsi un obstacle plus ou moins grand au libre fonctionnement de la respiration.

Tous les obstacles à la circulation de l'air dans la trachée, dus à des corps étrangers, quelle qu'en soit la nature et l'origine, à des néoplasmes, à des tumeurs malignes ou non, à des bourgeonnements, à des granulations, à des rétrécissements annulaires fibreux cicatriciels, lesquels, modifiant le calibre de l'organe en en altérant l'épaisseur des parois et leurs formes

générales, ne font pas partie de l'occlusion membraneuse telle que nous l'avons en vue et ne rentrent pas dans notre définition.

Seuls, les voiles étendus d'un point du pourtour trachéal à un autre point de ce même pourtour, situés dans un plan sensiblement perpendiculaire à l'axe du conduit aérien, sans altération apparente de la surface des parois, doivent être classés dans la catégorie de l'occlusion membraneuse que nous étudierons.

Nous ne disconvenons pas que ce groupement peut prêter de prime abord à la critique, qu'on peut contester la légitimité de cette classification, à cause de ses analogies avec le rétrécissement cicatriciel, et lui refuser le droit au titre de maladie spéciale en constatant qu'aucune donnée pathogénique connue n'autorise la création de cette nouvelle entité morbide.

En revanche, on ne peut nier qu'au point de vue clinique, l'occlusion membraneuse de la trachée n'offre une physionomie bien nette et bien distincte, au point de comporter une thérapeutique et un pronostic tout à fait spéciaux.

Dans le courant de cette étude, nous nous efforcerons de justifier la dénomination que nous adoptons en même temps que la création du groupe pathologique auquel nous l'appliquons.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

L'occlusion membraneuse, telle que nous l'envisageons et que nous venons de la définir, n'a pas d'histoire.

Elle n'est encore mentionnée dans aucun traité de pathologie et, par conséquent, les indications sur le traitement à suivre font également défaut.

La littérature médicale est, d'ailleurs, assez pauvre en faits de ce genre, et dans les recherches que nous avons faites nous n'avons pu trouver, pouvant entrer dans le cadre nosologique limité par notre définition, que sept observations publiées et une huitième inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Molinié, et enfin, deux cas récents, observés par M. le docteur Castex, de Paris.

Est-ce à dire que les cas de cette affection ne sont pas plus fréquents que le ferait croire la rareté des observations consignées? Nous avons quelques raisons de supposer le contraire, et nous pensons que bien des cas d'occlusion membraneuse de la trachée ont pu passer inaperçus et amener la mort, qui, alors, a pu être attribuée à d'autres affections de la trachée, l'attention n'étant pas éveillée sur ce genre d'affection et la difficulté de les apercevoir n'ayant peut-être pas permis de les découvrir.

Les observations recueillies se résument ainsi :

Une du docteur Molinié ;

Trois de Masséi ;
Une de Gleistmann ;
Une de Rosemberg ;
Une de Frank Donalson ;
Une de Jacobson ;
Deux de M. Castex.

Nous ne donnerons pas en détail toutes ces observations ; nous nous contenterons de celles qui caractérisent le mieux le sujet de notre thèse, et c'est avec les renseignements puisés à ces documents que nous tenterons de faire un travail d'ensemble sur cette affection de la trachée, encore si peu connue. Nous en étudierons successivement :

L'étiologie ;
La pathogénie ;
L'anatomie pathologique ;
La symptomatologie ;
Le diagnostic ;
Le pronostic ;
Le traitement.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Si nous analysons, au point de vue de l'étiologie, les observations de cas d'occlusion membraneuse de la trachée, nous voyons que, en ce qui concerne l'âge, sauf l'observation de Rosemberg, dans laquelle le sujet n'avait que 12 ans, les malades avaient : 40 ans dans le cas du docteur Molonié, 28 ans et 40 ans dans ceux de Masséi, 31 ans dans celui de Gleistmann, 34 ans dans celui de Frank Donolson. Les malades sont donc compris entre les âges extrêmes de 28 et 40 ans.

Dans les cas observés par M. Castex, il s'agit de deux jeunes femmes.

Nous pouvons en conclure que l'occlusion membraneuse de la trachée est une affection de l'âge moyen de la vie.

Une remarque à faire cependant : c'est qu'aucune observation ayant eu lieu chez des enfants nouveau-nés n'a encore été signalée, et, si ce n'est l'observation de Rosemberg, dans laquelle il fait remonter le début de l'occlusion à la naissance, il semble que cette production membraneuse soit toujours acquise et que l'occlusion congénitale soit tout à fait exceptionnelle. On peut dire toutefois qu'elle n'est pas d'une non-existence absolue à la naissance, car si son existence n'est pas prouvée au début de la vie, son impossibilité non plus n'est pas démontrée et peut-être que, dans certains cas, elle a pu, ainsi

que nous l'avons déjà dit, entraîner la mort en passant inaperçue.

Si, maintenant, nous considérons l'influence que peut avoir le sexe sur le développement de l'occlusion membraneuse, nous constatons tout de suite, par le simple examen des observations, qu'il y a quatre hommes et six femmes ayant été trouvés porteurs de la lésion ; nous pouvons donc dire que l'un et l'autre sexe, payant un tribut presque égal à l'affection, le sexe n'agit nullement dans sa production.

Les antécédents des malades pourront-ils nous fournir quelques indications précises et faire découvrir les causes de cette affection ?

Nous trouvons chez le malade de M. le docteur Molinié une enfance chétive, une fièvre typhoïde à 16 ans et des douleurs de gorge à 18 ans, une constitution un peu délicate, et c'est tout jusqu'à l'âge de 38 ans, époque à laquelle il présente quelques troubles dyspnéiques.

Dans la première observation de Masséi (n° II), nous voyons que la malade a eu, dans sa première année de mariage, à 17 ans, une grossesse qui s'est terminée à quatre mois par avortement ; qu'elle a eu, l'année suivante, une nouvelle grossesse arrivée à terme ; que, dans ses dix ans de mariage, elle a eu neuf grossesses, dont trois se sont terminées par fausses couches ; que, de plus, elle accuse une éruption cutanée apparue plusieurs années auparavant et dont il ne reste aucune trace. Elle n'a pas eu de maux de gorge ; pas de chute de cheveux ni de douleurs dans les membres ; toutefois, les ganglions cervicaux latéraux sont un peu engorgés.

Tout cela peut faire fortement soupçonner une syphilis.

Dans la deuxième observation de Masséi (Observation III), nous ne trouvons chez la malade qu'un violent mal de gorge quatorze ans avant qu'elle se présente pour faire soigner son occlusion membraneuse, et, pendant tout le laps de temps sépa-

rant l'époque de son mal de gorge du moment où elle vient faire soigner son occlusion, une dyspnée légère.

Dans son autre observation, Masséi nous signale une affection fébrile de nature inconnue, mais qui paraît avoir précédé de peu de temps la formation de la membrane constituant l'occlusion, puisque, à la suite de l'affection fébrile, une gêne respiratoire marquée et progressive se fit sentir.

Gleistmann nous fait connaître qu'on avait constaté chez sa malade, un an avant qu'elle vînt se faire soigner pour son occlusion, des signes non douteux de syphilis.

Dans son observation, Rosemberg, nous l'avons déjà dit, considère le diaphragme double dont était porteur son jeune malade comme ayant une origine congénitale.

Quant à l'observation de Frank Donalson, la formation des bandes ventriculaires membraneuses existantes était, dit-il, consécutive à une inflammation diphtérique.

Des deux cas de M. Castex, l'un s'est produit chez une convalescente d'un érysipèle de la face, l'autre chez une tuberculeuse en état de grossesse.

Nous avons donc, dans les neuf observations où il ait été possible de trouver des renseignements sur les antécédents des malades, un cas de syphilis certaine, un cas de syphilis probable ; mais les sept autres cas ne présentent pas, dans les maladies, dans les affections antécédentes ou encore dans les prédispositions personnelles des malades, de lien pouvant faire rattacher la production de l'occlusion membraneuse de la trachée à une cause déterminée et commune.

Remarquons que la syphilis n'a pas un rôle bien marqué dans la production de l'occlusion membraneuse, contrairement à ce qu'on pourrait être tenté de penser de prime abord.

Nous verrons, en étudiant la pathogénie de l'affection, ce qui nous porte, en outre de la non-observation de la maladie spécifique dans les cas précédents, à rejeter la prépondérance

de la syphilis dans la production de l'occlusion membraneuse.

En ce qui concerne les professions des malades et le milieu dans lequel ils vivaient, nous n'avons de renseignements précis que dans l'observation n° 1. Le malade du docteur Molinié était instituteur et passait une partie de ses journées dans une école. Il vivait, pendant ces heures, au milieu de nombreux enfants et dans une atmosphère relativement confinée, et il était obligé de parler beaucoup.

Nous n'attacherons pas, toutefois, une importance bien grande à l'usage peut-être exagéré de la parole dans la production de l'occlusion membraneuse ; beaucoup d'avocats et d'hommes politiques devraient en être atteints, si l'abus de la parole était une cause de la production de l'affection.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Si les rétrécissements cicatriciels sont faciles à expliquer par guérison de la lésion et remplacement du tissu conjonctif par du tissu fibreux, on doit avouer que dans le cas d'occlusion membraneuse de la trachée, la pathogénie en est bien moins claire.

Il est difficile, en effet, d'expliquer la production de ces membranes autrement que par des hypothèses.

Toutefois, on peut dire avec quelque certitude que les gommes syphilitiques trachéales ne doivent pas avoir un rôle prépondérant dans la production des membranes.

On sait qu'à la trachée, comme ailleurs, le syphilome est circonscrit ou diffus ; que la néoplasie syphilitique s'infiltre soit dans l'épaisseur de la muqueuse, soit au-dessous ; qu'elle ne limite pas son action aux tissus mous, mais qu'elle envahit les cartilages, les tissus fibreux et musculaire ; qu'elle altère à la fois l'épaisseur et la forme des parois de la trachée en produisant le retrécissement de son calibre. C'est cette altération des parois, soit dans leurs éléments constitutifs, soit dans leurs formes, qui ne se retrouve pas, du moins en apparence, dans l'occlusion membraneuse.

En effet, dans cette dernière affection, en dehors des productions membraneuses, il n'y a pas d'altération apparente de la trachée.

Dans l'occlusion membraneuse, la trachéosténose n'est pas produite, comme dans la syphilis, par destruction des tissus normaux et remplacement par du tissu scléro-fibreux. C'est une membrane qui se développe sans que les points où elle s'implante dans le tube trachéal aient été apparemment modifiés dans leur constitution élémentaire.

Bien que le résultat, l'asphyxie, puisse être le même à la suite d'affection syphilitique ou d'occlusion membraneuse, il se produit par une marche toute différente dans chacune de ces affections.

Dans la syphilis il peut y avoir des brides fibreuses dans la trachée, mais les parois de cette dernière sont toujours altérées. Dans l'occlusion, il n'y a que les membranes qui se développent, le calibre de la trachée reste normal sur tous les points et le conduit trachéal n'est pas déformé.

D'après M. Mauriac, c'est le quart inférieur de la trachée qui est le siège de prédilection des syphilomes et, bien que l'occlusion membraneuse puisse aussi se développer profondément, c'est surtout dans le voisinage et au-dessous de la glotte qu'elle a été rencontrée.

Aussi voyons-nous, dans les observations, que la syphilis joue un rôle effacé dans la production de l'occlusion membraneuse.

Peut-on penser que des ulcérations plus superficielles, limitées à la muqueuse de la trachée, produisent, par leur cicatrisation, un exsudat plastique qui, sans cesse soulevé par le courant respiratoire, pourrait devenir adhérent comme un lambeau, s'organiser en formant saillie et donner ainsi naissance à du tissu de formation nouvelle constituant la membrane de l'occlusion ?

Dans le cas de membrane annulaire, l'explication devient encore plus difficile ; peut-être se produit-il dans l'intervalle de deux anneaux cartilagineux, soit par suite de leur frottement,

soit par suite d'une inflammation du périchondre, une condensation du tissu conjonctif aboutissant à la formation d'une membrane obstruante ?

On peut concevoir la chute des cellules épithéliales à la suite de l'inflammation et leur remplacement par des cellules embryonnaires qui, par leur tendance à la prolifération, forment un bourrelet circulaire, lequel, peu à peu se transformant en tissu conjonctif, puis fibreux, diminue l'épaisseur du bourrelet et donne naissance à une membrane ?

Il se pourrait encore qu'à la suite d'une inflammation siégeant au-dessous de la muqueuse, celle-ci puisse, après disparition du gonflement inflammatoire, conserver une certaine laxité et, ayant en ce point une ampleur trop grande, glisser sur la partie sous-muqueuse, s'adresser à elle-même en certains points et constituer par cet adossement une sorte de valvule qui, par une série de transformations de son tissu, deviendrait plus tard une membrane ?

En effet, la partie de la muqueuse trachéale ayant sa face profonde en contact avec une portion d'elle-même, se souderait par cette face et dans cette situation formerait la valvule dont nous venons de parler. Celle-ci, se transformant en tissu sclérofibreux, sera la première partie, le point de départ de la membrane pathologique. Le tissu de la valvule, se rétractant sous l'influence de sa transformation élémentaire, exercera par ses bords adhérents à la muqueuse saine des tractions qui tendront à en adosser de nouvelles parties, lesquelles, suivant à leur tour la même série de phénomènes, deviendraient portion de la membrane fibreuse ?

Disons que par ce procédé de formation la membrane, ayant une forme diaphragmatique, verrait sa pathogénie devenir compréhensible et explicable.

En tous cas nous pensons, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que les lésions profondément destructives, altérant tous

les tissus, telles que les gommes, les périchondrites et les chondrites, les lésions spécifiques entraînant la nécrobiose des tissus, doivent se trouver rarement à la base de la formation membraneuse. Aussi les voyons-nous manquer souvent, tandis que les inflammations de nature autre que ces lésions se trouvent presque toujours au début de l'occlusion.

D'ailleurs, la lenteur de la marche de l'affection semble bien indiquer que ce n'est pas par rétablissement d'un processus destructif, mais par un long travail d'organisation que la membrane oblitérante se développe.

Ajoutons que dans toutes les observations on a noté cette marche fort longue et lente de l'occlusion membraneuse.

« Nous admettons bien volontiers, dit le docteur Lacoarret, que les épaississements de la muqueuse trachéale se montrent de préférence dans la tuberculose et la syphilis, qu'ils sont dus le plus souvent à la propagation des lésions du larynx à la trachée, mais il est possible, en dehors de tout état diathésique, de rencontrer un gonflement hypertrophique localisé à ce conduit. »

Et il rapporte, à l'appui de son dire, l'observation suivante :

Observation

(Docteur Lacoarret)

Laryngite hypertrophique sous-glottique. — Poussée aiguë

Mlle L..., âgée de 35 ans, qui nous est adressée par notre confrère, M. le docteur Candelon, vient nous consulter, le 28 mars dernier, pour un léger enrouement, mais surtout pour une dyspnée, dont elle est atteinte depuis quelques jours. Son père et sa mère sont en bonne santé ; elle est fille unique. Il n'existe dans sa famille aucun cas de tuberculose. Cette femme

n'a jamais été sérieusement malade ; elle n'est ni strumeuse, ni arthritique ; pas de traces de syphilis héréditaire ou acquise; elle est seulement assez anémique. Sa menstruation est régulière, elle n'a pas maigri, mais elle nous raconte qu'elle a une gorge et une poitrine un peu délicates et qu'elle s'enrhume assez facilement. Les rhumes n'ont cependant pas une durée bien considérable et n'ont jamais déterminé de complications fâcheuses.

Il y a une quinzaine de jours environ, après s'être exposée au froid, elle s'enrhuma de nouveau. Elle eut de la fièvre ; mais, bien que la toux fût fréquente, elle put continuer à vaquer à ses occupations. Elle a remarqué, cependant, que depuis, lorsqu'elle se donne un peu de mouvement, quand elle marche vite ou qu'elle monte assez rapidement un escalier, sa respiration devient difficile. En dehors de ces diverses circonstances, la respiration reste assez aisée. Mais, quoique la bronchite ait à peu près disparu aujourd'hui et que la toux soit rare, la gêne de la respiration persiste, et c'est pour cela que la malade vient réclamer nos soins.

Nous constatons d'abord que la voix présente un timbre légèrement voilé et que la respiration calme s'effectue facilement ; dans l'inspiration forcée, au contraire, il se produit un bruit de cornage très caractéristique. A l'examen du pharynx buccal, la muqueuse de l'arrière-gorge offre des caractères normaux. La déglutition, d'ailleurs, n'est pas et n'a jamais été douloureuse. Le laryngoscope nous permet de voir que le vestibule laryngé présente son aspect à peu près habituel. Les divers replis, la région aryténoïdienne, les bandes ventriculaires, ont une coloration à peine un peu plus marquée qu'à l'ordinaire ; les cordes vocales ont peut-être une coloration un peu grisâtre, mais il n'existe, en somme, rien de bien spécial, rien qui dépasse les limites d'une laryngite catarrhale de faible intensité et qui puisse expliquer la dyspnée. Dans la respira-

tion ordinaire, les cordes s'écartent sans difficulté et leur mobilité est parfaitement conservée ; mais dans l'inspiration forcée, l'aspect de la glotte se modifie. La corde gauche, en s'effaçant, met à découvert une saillie de la muqueuse sous-glottique d'une coloration rouge sombre, qui se continue profondément sur toute la moitié gauche de la trachée, et qui en haut semble faire corps avec la corde vocale elle-même, sans ligne de démarcation apparente.

Il semble, en effet, que la corde gauche, dans sa position d'inspiration forcée, s'est déplissée, et qu'en s'étalant elle est constituée sur un même plan par deux zones de coloration bien différente : l'une, l'externe, blanche, l'autre rouge, à bord interne arrondi, plus large à la partie postérieure et se perdant, au-dessous de la région inter-aryténoïdienne, sur la face postérieure de la trachée.

La ligne de séparation antéro-postérieure, entre ces deux rubans de teinte si différente, est absolument nette et bien tranchée. Du côté droit, on aperçoit, au-dessous de la corde vocale correspondante, mais à un centimètre au moins plus bas, une saillie globuleuse de la muqueuse trachéale, de coloration également rouge sombre, qui, venant à la rencontre de la tuméfaction qui occupe le côté gauche, réduit notablement le calibre du conduit.

L'auscultation de la poitrine ne révèle rien de particulier, à peine quelques râles muqueux sans caractère. La toux est rauque et a un timbre étouffé.

La malade, que nous devions revoir huit jours plus tard, ne se rend pas à la consultation. Désireux, cependant, de connaître le résultat du traitement et la marche de la maladie, nous la prions de venir se faire examiner. Elle accède à notre désir (14 avril), et nous apprend que, se sentant bien et à peu près dans son état normal, elle n'a pas jugé utile de se rendre de nouveau auprès de nous.

Voici les résultats de l'examen laryngoscopique : les bandes ventriculaires et les cordes vocales présentent leur aspect ordinaire et ne paraissent être le siège d'aucune lésion ; le fonctionnement des diverses parties du larynx est absolument régulier ; la corde vocale gauche n'offre plus cette apparence de déplissement que nous signalions au moment de notre premier examen, le gonflement œdémateux sur lequel elle reposait a disparu, et la tumeur globuleuse qu'on remarquait à un centimètre environ au-dessous de la corde vocale droite s'est effacée ; mais la muqueuse sous-glottique, qui a repris une coloration rosée, reste épaissie et forme une sorte d'entonnoir à parois lisses.

Il résulte de cette disposition qu'à un centimètre et demi ou deux centimètres environ de l'orifice glottique, se trouve un rétrécissement de la trachée qui, conservant à peu près ses dimensions dans le sens antéro-postérieur, n'offre plus transversalement et dans le point le plus large, au centre, qu'un diamètre de cinq millimètres tout au plus. La section du conduit trachéal n'est plus représentée que par une sorte de fente allongée d'avant en arrière. Malgré cela, la respiration est facile, et la malade, se trouvant aussi bien qu'avant sa maladie, ne réclame plus aucun soin.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'occlusion membraneuse de la trachée et la recherche de la nature de membrane formant obstacle à la libre circulation de l'air dans le tube aérien, sont encore à faire.

Aucun examen nécropsique n'ayant été pratiqué et les observations recueillies étant incomplètes à ce sujet, il n'est pas, pour le moment, possible de traiter ce chapitre de l'occlusion membraneuse de la trachée, et nous devons nous borner à indiquer ce que font connaître quelques observations de la coloration ou de l'aspect de la membrane.

Dans l'observation du docteur Molinié, la membrane avait environ 1 millimètre 1/2 d'épaisseur ; elle présentait une coloration rosée.

Il ne nous a pas été possible de nous procurer de la membrane pour en faire l'étude.

Dans l'Observation II, sa coloration était rouge foncé.

Dans l'Observation III, elle était encore rosée et, enfin, elle paraissait blanche dans l'Observation IV.

Rappelons, toutefois, que, bien que l'anatomie pathologique n'ait pas encore fait connaître leur nature, on peut séparer ces membranes de toutes les productions dites malignes, car aucun cas de récidive n'est signalé à la suite des traitements mis en pratique.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'occlusion membraneuse n'est pas très précise si l'on ne s'en tient qu'aux phénomènes subjectifs. On pourrait même dire qu'il est superflu de s'y arrêter, la certitude ne pouvant être acquise que par l'examen direct.

Toutefois, ce dernier mode d'investigation présente, dans certains cas, une application difficile et peut être encore d'un secours impuissant ; dans ces cas, qui doivent être fort rares, aucun de ceux que nous citons n'en faisait partie. Il est évident qu'on est forcé de s'en tenir aux signes subjectifs, qui ne permettront le plus souvent que de soupçonner l'existence de l'occlusion membraneuse.

D'une manière générale, on peut dire que tous les rétrécissements du conduit trachéal, quels que soient leur forme, leur siège et leur nature, produisent des symptômes subjectifs identiques. Seul, le degré de l'obstruction pouvant augmenter l'intensité de ces symptômes.

Examen subjectif. — Modifications respiratoires.

La première de toutes les modifications respiratoires est la dyspnée, qui offre ce caractère particulier de se faire sentir à la fois pendant l'inspiration et pendant l'expiration, de prendre une forme stridente et d'entraîner l'absence de pauses respitoires.

Elle va s'accentuant en raison du degré d'oblitération du conduit trachéal et peut arriver jusqu'à l'asphyxie si le calibre de l'ouverture de la membrane oblitérante devient absolument insuffisant. Les efforts l'augmentent et peuvent donner la sensation de strangulation.

On peut émettre avec certitude l'opinion que la dyspnée est un des symptômes qui fatiguent le plus les malades et les amènent ainsi à demander l'avis du médecin.

La voix peut être affaiblie comme intensité et force, quoique conservée ; mais elle reste absolument claire et distincte, sauf concomitance d'une lésion du larynx.

Auscultation. — L'auscultation est généralement peu modifiée. Elle peut être normale et montrer simplement un affaiblissement du murmure vésiculaire pouvant aller jusqu'à l'absence.

Si l'on fait l'auscultation de la trachée, on peut, d'après Aufrecht (de Magdebourg), constater un signe d'une valeur considérable : c'est l'absence du souffle bronchique au-dessous du rétrécissement. On sait que ce bruit est produit par la résonnance de l'air dans l'arbre trachéo-bronchique et, selon cet auteur, la présence d'un point rétréci, en brisant le courant, entraînerait la suppression de ce souffle bronchique.

Tous ces phénomènes peuvent avoir, par leur ensemble, une signification que le clinicien peut et doit chercher à préciser ; mais, pris individuellement, ils ne donnent aucune indication certaine.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous avons dit au chapitre précédent que la symptomatologie de l'occlusion membraneuse n'était pas suffisante pour assurer le diagnostic de cette affection.

Elle permettra néanmoins, étant donné un malade présentant les phénomènes dont nous avons parlé dans ce chapitre, d'arriver, par élimination des affections présentant des phénomènes analogues, à pouvoir localiser l'affection et mettre sur la voie du diagnostic.

C'est ainsi qu'une tumeur de voisinage, apparente ou cachée, telle que le cancer de l'œsophage, la tuméfaction des ganglions du cou ou du médiastin, un goître comprimant la trachée, bien qu'ayant la dyspnée comme caractère commun avec l'occlusion membraneuse, se distinguera de la dyspnée produite dans cete dernière affection par ce fait qu'elle ne présentera pas, comme elle, cette particularité de se faire sentir aux deux temps de la respiration et de supprimer presque la pause respiratoire. De plus, dans le goître et la tuméfaction des ganglions du cou, la possibilité de voir les tumeurs permettra d'exclure l'occlusion membraneuse chez ceux qui seront porteurs de ces tumeurs.

Si la trachée est comprimée par un cancer de l'œsophage ou par des ganglions tuméfiés du médiastin, il y aura de la douleur et presque toujours de la dysphagie, phénomènes qui

font défaut dans l'occlusion membraneuse de la trachée.

Si la dyspnée est produite par un anévrysme de l'aorte, outre la douleur qui en aura souvent précédé la production, d'autres symptômes, tels que la flaccidité d'une corde vocale et, par suite, les altérations de la voie et son bitonisme, permettront souvent de la distinguer de celle produite dans l'occlusion membraneuse, surtout si, comme cela se rencontre fréquemment dans l'anévrysme, la dyspnée présente des intermittences.

Le spasme glottique, lui aussi, se caractérise par les intermittences de la dyspnée et se distinguera par ce signe de l'occlusion membraneuse.

Quant aux symptômes fournis par les corps étrangers de la trachée, ils sont très variables. Ils peuvent être nuls au début et ne se manifester qu'à l'occasion d'un mouvement du corps étranger. Le premier et le plus fréquent de ces symptômes est une crise de toux et de douleur subites, avec suffocation et spasmes du larynx.

Ces symptômes sont trop différents de ceux de l'occlusion membraneuse pour pouvoir être confondus. Dans cette dernière, en effet, le phénomène douleur fait toujours défaut et la dyspnée s'établit d'une manière progressive. Si, à ces différences, on ajoute les commémoratifs qui peuvent souvent être connus dans les cas de corps étranger, la distinction entre les deux affections sera facile à établir.

Les laryngites inflammatoires, les infiltrations séreuses ou séro-purulentes de la muqueuse laryngée, qui ne sont bien souvent qu'une complication des affections générales, tuberculose, syphilis, outre leur développement rapide, présentent des symptômes douloureux qui ne se trouvent pas dans l'occlusion membraneuse.

Les rétrécissements proprement dits ne sont jamais primitifs. Ils peuvent venir à la suite de traumatismes, de brûlures,

de plaies ; ils peuvent encore être la conséquence des progrès d'une affection laryngée, tels que les polypes et les tumeurs de toute nature. Ils sont enfin le plus souvent consécutifs à la cicatrisation vicieuse de gommes syphilitiques de la trachée. Ce sont eux, dont la symptomatologie ne différant pas de celle de l'occlusion membraneuse, qui demandent l'examen objectif pour être distingués de cette dernière affection.

Examen objectif. — L'examen objectif permet seul de faire un diagnostic précis, surtout quand il s'agit de différencier des phénomènes produits par des tumeurs cachées ou par des rétrécissements du tube trachéal.

Aussi nous étendrons-nous quelque peu sur les différentes méthodes mises en pratique pour cet examen.

Il pourra être plus aisé si l'interrogatoire et les symptômes subjectifs ont mis sur la voie.

Cet examen n'a été rendu possible et relativement facile que depuis une date assez récente.

Il y avait déjà longtemps que les esprits inventifs cherchaient à plonger leurs regards dans le larynx intact de l'homme vivant (le premier, dit-on, fut Levret en 1743) ; mais une difficulté anatomique s'y opposait, la voie qui mène de l'ouverture buccale aux cordes vocales étant recourbée en angle. C'est cette brisure inévitable du trajet des rayons visuels qui devait amener, il y a quelque trente ou quarante ans, Garcia, Turck et Czermak, à la découverte d'un moyen pratique d'examen par l'emploi d'un instrument destiné à dévier la lumière sur le sommet de cet angle.

L'examen du larynx et de la trachée se fait donc au moyen d'un miroir laryngien qui renvoie à l'observateur l'image des parties examinées en même temps qu'il dévie sur ces parties un faisceau de lumière destinée à les éclairer. Ce faisceau peut être emprunté à une source lumineuse quelconque et être reçu

directement par le miroir laryngien, examen à la lumière directe, ou n'y arriver qu'après avoir déjà été réfléchi sur un autre miroir convenablement disposé, examen à la lumière réfléchie.

Ajoutons que depuis sa création la technique laryngoscopique a été délivrée d'un grand embarras par la cocaïne, sans toutefois avoir eu son principe modifié par elle.

Nous voyons que, dans les cas rapportés par les auteurs, il a toujours été possible, par ce moyen, de formuler une opinion, ce qui semble démontrer que l'examen est, dans la généralité des cas, possible à pratiquer.

Cet examen sera surtout rendu plus commode par cette circonstance que les cordes vocales sont souvent tendues au maximum et que la fente glottique devient une véritable ouverture par où pénètre un faisceau de lumière qui permet d'éclairer le conduit trachéal.

Pour bien explorer les détails de l'occlusion membraneuse, on peut compléter l'examen laryngoscopique habituel par celui indiqué par Killian.

La méthode d'exploration donnée par cet auteur consiste à se mettre à genoux devant le malade et à l'examiner pendant qu'il a la tête baissée et le menton sur la poitrine. On voit ainsi toute l'étendue de la trachée.

Des tentatives fréquentes doivent être faites, et il faut beaucoup de patience et renouveler souvent les essais pour arriver à se faire une opinion certaine.

On pourrait encore s'adresser à la méthode de Kirstein et qui, paraît-il, permet sur bien des sujets l'examen direct du larynx et de la trachée sans avoir recours au miroir laryngoscopique.

Kirstein, qui appelle sa méthode « autoscopie des voies aériennes » et que nous dénommerions de préférence « orthoscopie », la définit : « l'examen en ligne droite par l'ouverture

buccale des parties profondes du pharynx, de l'intérieur du larynx, de la trachée et de l'entrée des bronches ».

Il donne au corps du sujet soumis à l'examen, une position telle que la cavité du conduit laryngo-trachéal, dans son prolongement supposé en ligne droite et en haut, tombe dans la région de l'ouverture buccale, et il efface les parties proéminant sur le prolongement supposé de la cavité laryngo-trachéale (la base de la langue et l'épiglotte). La position est réalisée par une élévation de la tête, jusqu'à ce que la direction du regard forme un angle d'environ 60 degrés avec l'axe du tronc.

Le malade étant assis sur un siège peu élevé et l'opérateur étant debout.

Pour l'effacement des parties proéminentes, il suffit quelquefois, dans les cas très favorables, d'employer un abaisse-langue ordinaire. Mais, le plus souvent il faut se servir d'un instrument spécial, « autoscope de Kirstein », composé de trois parties : 1° la spatule autoscopique de 10 à 12 centimètres de long et de 1 et demi à 2 centimètres de large, creusée en gouttière, de forme droite ; 2° le couvercle servant à empêcher que la lumière ne soit entravée par les dents de la machoire supérieure, la lèvre supérieure et éventuellement les moustaches, à rendre possible l'introduction d'instruments dans le larynx à travers l'autoscope ; 3° le manche, fixé à angle droit sur l'extrémité antérieure de la spatule et servant à la manier. Il peut recevoir une disposition particulière permettant d'éclairer les parties à examiner au moyen d'un prisme et d'une lampe électrique à main (électroscope).

Si, malgré l'emploi de ces différentes méthodes, on ne parvenait pas à voir d'une manière satisfaisante et obtenir un examen suffisamment probant, on pourrait, comme pis aller, faire l'exploration indirecte de la trachée, au moyen d'un pinceau approprié, imbibé de cire, que l'on introduirait dans la

trachée, prenant la forme de l'orifice de la membrane obstruante et l'empreinte du rétrécissement.

Cette manœuvre est toujours délicate, en raison de l'intolérance des sujets et de l'asphyxie possible ; mais elle doit cependant être tentée, quand tous les autres moyens d'examen ont échoué.

L'examen laryngoscopique peut donc, dans la grande majorité des cas, permettre de faire le diagnostic entre l'occlusion membraneuse et les divers modes de rétrécissement.

L'aspect de ces derniers est essentiellement variable, car le rétrécissement est souvent précédé d'un infundibulum et de tumeurs (mûriformes, en choux-fleurs, etc.), qui ne peuvent être confondus avec les segments fibreux de l'occlusion.

L'aspect et les formes que peut affecter l'occlusion membraneuse sont nombreux aussi ; mais ils imposent à l'affection, par leurs types, un cachet particulier qui ne permet guère de la confondre avec une autre production pathologique.

En outre du mode d'implantation des membranes sur les parois de la trachée, ils se caractérisent encore par les diverses combinaisons qui donnent à l'occlusion son individualité morphologique, malgré la variabilité des formes.

C'est ainsi que, dans le premier cas de Masséi, il existait deux cloisons longitudinales formant une fente elliptique, et au-dessous de ces deux cloisons, deux autres transversales transformant la fente en rectangle.

Besançon a vu un segment de cercle formé par la membrane.

Dans le cas du docteur Molinié, il existait un véritable diaphragme horizontal, percé vers son centre d'un orifice absolument circulaire, avec des bords nettement limités.

L'orifice, dont les dimensions sont variables, est généralement petit, parce que les malades ne viennent consulter le médecin que lorsque les troubles respiratoires sont déjà très accusés.

Nous avons dit que les formes des cloisons membraneuses présentaient divers aspects. Elles peuvent, en effet, être semi-lunaires, en couronne, ressembler à des bandes ventriculaires ou à un diaphragme. Elles se continuent par leurs bords externes avec la muqueuse de la trachée. Quant à leurs dispositions et leurs directions, elles ne présentent pas moins de diversités que leurs formes, elles sont antéro-postérieures, transversales ou intermédiaires à ces directions. Leur nombre varie aussi, les cloisons peuvent être uniques ou multiples.

Grâce à leur diversité de nombre, de formes et de directions, nous avons vu que, dans une observation de Masséi, elles donnaient à l'orifice de l'occlusion la forme d'un rectangle. On comprend facilement qu'en faisant varier leur nombre, on puisse avoir d'autres figures formées par les bords de l'orifice ; c'est ainsi que ce dernier était respectivement dans les observations I, II, III, circulaire, rectangulaire, ovalaire ; il était circonscrit par deux cloisons fibreuses dans la IV^e^, formait une deuxième glotte dans la V^e^ et était circulaire dans la VI^e^.

A cause du nombre et du développement respectif des cloisons membraneuses, l'orifice de l'occlusion peut être central ou excentrique. S'il est excentrique, sa partie la plus rapprochée de la paroi correspond à la cloison ou à la partie de cloison la moins développée.

Dans les observations, l'orifice était en général plus rapproché de la paroi antérieure que de la paroi postérieure.

Siège. — Le siège de la membrane est toujours difficile à préciser, à cause du défaut de relief des images laryngoscopiques.

Il est bon pour le fixer, lorsqu'on fait cet examen, de compter les anneaux de la trachée, mais surtout de faire pénétrer un stylet divisé et gradué qui en indiquera la profondeur.

S'il existe deux occlusions superposées, il est évident que

seule l'exploration avec le stylet pourra le faire reconnaître, à moins que l'orifice de la supérieure soit plus grand que l'orifice de l'inférieure.

Dans les observations que nous rapportons le siège de la membrane ou des cloisons fibreuses occupait :

Dr Molinié, 3e et 4e anneaux trachéaux ;

Masséi, Ire observation, 3e anneau trachéal ;

Masséi, IIe et IIIe observations et observations de Gleistmann Franck Donaldson, sous-glottique.

Ce qu'il importe de noter, c'est que le siège de l'occlusion n'occupe pas toujours un point déterminé de la trachée et, de sa distance à l'ouverture de la glotte, découle, en raison inverse, une plus ou moins facile intervention opératoire, ainsi que des risques plus ou moins grands dans le traitement.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

L'occlusion membraneuse de la trachée comporte un pronostic grave, bien que la marche en soit lente, qu'elle progresse sans poussée subite. Le terme ultime de son évolution est la fermeture à peu près complète du canal trachéal et, par conséquent, l'aboutissement à une issue fatale : la mort par asphyxie.

Il est peu probable que cette affection puisse rétrocéder spontanément et sa marche, malgré sa lenteur, est incessamment continue, son pronostic est donc fatal.

Elle échappe aux investigations si elle est méconnue.

Il n'en est heureusement pas de même lorsque les recherches permettent de découvrir son existence, car de toutes les oblitérations de la trachée, il n'en est pas qui soit plus accessible au traitement et dans lequel l'intervention soit plus efficace. La petite statistique que nous donnons indique bien la proportion considérable de succès que l'intervention opératoire a fournis, atténuant ainsi considérablement la grande sévérité du pronostic.

Nous devons toutefois remarquer qu'un facteur très important de gravité ou de bénignité réside dans le siège de la membrane oblitérante.

Dans sa position cervicale la trachée est relativement superficielle et n'est pas encore en contact avec les organes essen-

tiels à l'existence qu'elle rencontre plus bas. Dans la partie supérieure de cette portion cervicale, nous trouvons en avant et sur ses côtés, le corps thyroïde, en arrière, l'œsophage; dans la partie inférieure de cette même portion, au voisinage de la fourchette sternale, nous rencontrons, ayant des rapports avec la trachée, le paquet vasculo-nerveux du cou (carotide primitive, jugulaire interne, pneumo-gastrique), les deux artères thyroïdienne inférieure et vertébrale, les deux nerfs récurrents. Enfin, la portion thoracique, inaccessible par la voie buccale, est en contact avec les gros vaisseaux, tronc brachio-céphalique, carotide primitive et, tout à fait en bas au niveau de la naissance des bronches, le péricarde et les deux oreillettes du cœur.

Il est évident que le voisinage d'organes aussi délicats et fragiles que ceux qui entourent la trachée dans ses parties inférieure et moyenne, tout en ajoutant aux difficultés opératoires, augmentent encore le danger de la possibilité d'inflammation de voisinage par propagation.

D'une manière générale, on peut donc dire que les cas les plus favorables sont ceux où l'obstacle occupe un siège élevé, car ce sont les plus accessibles et les plus faciles à détruire, ceux dans lesquels on a le moins à craindre de troubles circonvoisins, les moins susceptibles de produire des complications.

Il n'a jamais été signalé de récidive dans les cas traités. Aucun des malades faisant l'objet des observations n'a eu à revenir pour la même affection chez son médecin, et disons que, parmi eux, il y en avait qui était porteur de leur occlusion depuis assez longtemps.

Si l'on compare cette affection aux rétrécissements de la trachée, on voit combien sont grandes les différences qui les distinguent, comme marche, comme traitement et comme pronostic.

On peut, en effet, facilement opposer la marche rapide de

l'un à la lenteur d'évolution de l'autre ; la gravité des opérations sur la trachée déjà altérée dans son calibre, sa forme et la constitution de ses éléments, à la simplicité de la dilacération peu dangereuse de la membrane de l'occlusion ; la récidive habituelle des rétrécissements, à la guérison définitive après l'enlèvement de l'obstacle formé par la membrane dans l'occlusion.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Bien que dans les observations que nous rapportons il ne soit fait allusion à aucun traitement médical, il est à peu près certain qu'on ne peut attendre de ce moyen une amélioration importante, encore moins une guérison.

a) *Traitement général et médical.* — Aucune médication ne devant produire d'effet et les médicaments ne paraissant pas susceptibles d'agir sur la lésion constituée, il faut en venir le plus rapidement possible au seul traitement rationnel : le traitement chirurgical et local de l'occlusion.

Toutefois, la possibilité d'une syphilis antérieure doit faire essayer le traitement spécifique pendant le temps nécessaire pour pouvoir fixer son opinion à ce sujet.

b) *Traitement local.* — Si l'on dispose pour le traitement local de divers moyens qui, tous, tendent au même but, c'est-à-dire à la suppression de l'obstacle, tous n'atteignent pas ce résultat avec la même certitude et ils présentent des difficultés plus ou moins grandes dans leur application.

Aussi, après avoir dit quel serait le traitement de choix quant au résultat, étudierons-nous le traitement pratique pouvant se rapprocher le plus possible du résultat désiré.

Le traitement idéal consisterait dans la section circulaire de la membrane, très près de son insertion, sur la paroi trachéale. Le moyen, idéal lui-même, d'obtenir ce résultat, serait

de couper la membrane en ce point soit avec des ciseaux, soit avec un instrument qui l'enlèverait à la façon d'un emporte-pièce.

Remarquons que traitement et résultat ne sont qu'une conception de l'esprit, car on peut se convaincre aisément de la difficulté qu'on rencontrerait non seulement dans la construction pour chaque cas, suivant la forme de la membrane et suivant son siège plus ou moins profond dans la trachée, d'un instrument qui permette d'obtenir le desiderata exprimé ; mais encore de l'impossibilité qu'il y aurait à appliquer et à manier des instruments ainsi construits, à cause de l'étroitesse relative de la glotte, qui ne se prêterait pas aux manœuvres opératoires nécessaires.

Il n'est donc pas possible d'atteindre ce résultat parfait en pratique, et force est de choisir dans l'arsenal laryngoscopique les instruments donnant le moyen d'une technique qui, sans atteindre à la perfection, soit d'une application pratique, assez aisée et d'une efficacité suffisante.

Tel est celui qui consiste à faire la dilatation de l'orifice après dilacération de la membrane avec l'instrument tranchant ou le galvano.

Pour cette méthode, deux voies peuvent être choisies :

1° La voie naturelle ;

2° La voie externe artificielle.

C'est par la première de ces voies que devront toujours commencer toutes les tentatives de suppression de l'obstacle.

D'après nos recherches, c'est elle qui paraît avoir été le plus souvent suivie. Tous les cas faisant l'objet des observations ont été traités par cette voie et par la section, la dilacération de la membrane.

1° *Intervention par la voie naturelle.* — Ainsi mis en pratique, le traitement comporte, avons-nous déjà dit : 1° la dis-

cision ou la dilacération de la membrane avec un instrument tranchant ou avec le galvano ; 2° l'introduction à travers son orifice d'instruments destinés à dilater l'orifice de la membrane ainsi divisée.

En théorie, quel que soit le siège de la membrane dans la trachée, elle est susceptible d'être atteinte par les instruments dont il faut seulement, selon les cas, modifier la courbure.

Le siège étant au-dessous de la glotte, sur les premier, deuxième ou troisième anneaux de la trachée, on peut arriver à la membrane avec les tubes de Schrœtter.

Ces tubes, en caoutchouc durci ou en métal, de préférence en métal assez malléable pour pouvoir se prêter aux changements de courbure nécessités par les circonstances d'introduction dans la trachée et la profondeur de la membrane à atteindre, se composent d'une tige creuse, sorte de grosse sonde, ayant 15 centimètres environ de longueur. La partie laryngienne de l'instrument est recourbée en arc de cercle de 7 centimètres environ de rayon ; elle a la forme de la glotte, son extrémité est fermée et mousse ; mais, sur les côtés de cette extrémité, en atteignant presque le sommet, sont percées des ouvertures ovalaires pour laisser libre cours à la respiration et aux sécrétions pendant que l'instrument est en place.

On construit des séries de tubes de diamètres gradués de millimètre en millimètre.

On peut faire pénétrer ces instruments à une profondeur beaucoup plus grande qu'on pourrait se le figurer de prime abord, le malade ayant la tête renversée en arrière et la partie antérieure du tube touchant les incisives supérieures (position du malade se rapprochant de celle qu'il a dans l'exploration, par la méthode de Kirstein).

Cependant, au-dessous du deuxième anneau trachéal, il est

nécessaire de modifier la courbe du tube en en agrandissant beaucoup le rayon.

Pour arriver aux anneaux plus inférieurs de la trachée, il serait sans doute utile de faire des expériences sur le cadavre pour trouver une courbure s'adaptant exactement aux conditions anatomiques.

Il ne nous paraît presque pas nécessaire de dire qu'on doit se servir des tubes, en allant des plus petits aux plus gros, sans chercher à obtenir des transitions trop brusques.

On arrive ainsi, par gradations successives, au tube n° 9, qui a déjà 5 centimètres de circonférence. On ne doit pas dépasser ce numéro, la glotte ne le permettant souvent pas et n'en pouvant supporter de plus gros.

Nous voyons qu'en opérant de la sorte, les différents auteurs sont arrivés à des résultats très favorables.

Dans les observations que nous rapportons, tous les cas qui ont été traités suivant ce principe ont eu pour résultat de donner autant de succès que de cas traités.

C'est donc la méthode par la voie naturelle qui doit être adoptée en général. Elle exige, cependant, de l'opérateur une certaine habileté et de la part du malade une volonté et une tolérance considérables.

On peut être quelquefois amené à tenter le traitement par la voie externe artificielle, même sans que l'occlusion siège très bas dans la trachée, à cause de la pusillanimité du malade ou lorsque son intolérance très grande enraye les manœuvres opératoires.

2° Intervention par la voie externe artificielle.

Il n'y a pas d'exemple publié de traitement local par la voie externe artificielle. Il est pourtant facile de concevoir ce qui devra se passer dans les divers cas qui peuvent nécessiter cette manière d'opérer.

La trachéotomie est faite au niveau de l'occlusion membra-

neuse ou un peu au-dessus et permet de procéder à son excision.

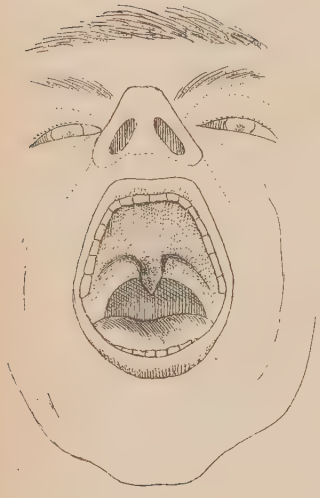
On pourrait essayer de ce mode de traitement, et nous dirons il paraît indiqué, si le siège de l'occlusion, sans être d'une profondeur exagérée, l'était assez pour compliquer, par sa situation, les difficultés de la dilatation ou encore si le malade était trop pusillanime ou d'une intolérance invincible.

La trachéotomie, dans ces diverses circonstances, faciliterait la manœuvre opératoire et serait d'un secours appréciable.

Mais on ne peut l'admettre comme règle de pratique, et il est préférable, à moins d'une nécessité impérieuse imposée par l'état moral du malade ou par l'impossibilité absolue, de recourir à la dilatation par la voie naturelle, plutôt qu'au traitement par la voie externe.

Tableau synoptique des Observations

NOM DES AUTEURS	AGE DES MALADES	SEXE	MALADIES ANTÉCÉDENTES OU CONCOMITANTES CONSTATÉES A L'EXAMEN	TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LE DÉBUT DES 1ers SYMPTÔMES MORBIDES JUSQU'AU MOMENT DE L'EXAMEN	FORME GÉNÉRALE DE LA MEMBRANE OBSTRUANTE ET DE SON OUVERTURE	SIÈGE DE L'OCCLUSION	MODE DE TRAITEMENT	RÉSULTATS OBTENUS
Molinié	40 ans	H	Ozène	6 ans environ	circulaire	3e et 4e anneaux	Dilatation	Guérison
Masséi.	28 ans	F	Syphilis	2 ans	rectangle	3e anneau	id.	id.
Masséi.	28 ans	F	dyspnée croupale	14 ans	diaphragme ovalaire	sous-glottique	section et tubage	id.
Masséi.	40 ans	H	affection inconnue	9 mois	deux cloisons fibreuses	sous-glottique	Discision	id.
Gleistmann . . .	31 ans	F	Syphilis	Quelques années	forme une 2me glotte	sous-glottique	traitement spécifique	id.
Rosemberg. . . .	12 ans	H	»	congénital ??	diaphragme double	»	»	»
F. Donaldson. .	34 ans	F	Diphtérie	»	»	sous-glottique	Dilatation	Guérison
Jacobson.	»	H	»	»	»	sous-glottique	»	»
Castex.	jeune femme	F	convalescence d'un érysipèle de la face	»	»	»	Laryngotomie intercricothyroïdienne	»
Castex.	jeune femme	F	Tuberculose Grossesse	»	»	»	Non traitée	Mort par asphyxie lente



Observation Première

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Molinié

Le 20 mai 1896, se présente au cabinet de M. le docteur Molinié, le frère E..., des écoles chrétiennes. Ce malade est adressé au docteur spécialiste par un de ses confrères, le docteur Dufour.

Antécédents : père mort accidentellement, à 45 ans, d'une fluxion de poitrine ; mère âgée de 80 ans, bien portante ; un frère et une sœur actuellement bien portants.

Le malade accuse une enfance chétive, sans maladie caractérisée.

A 16 ans, fièvre typhoïde avec convalescence assez longue; à 18 ans, douleurs de gorge, plus particulièrement au larynx, avec picotements intenses et, en même temps, obstruction du nez.

A cet âge, soit à raison de l'obstruction du nez, soit à cause de sa constitution chétive, il est impossible au malade de faire des efforts physiques trop énergiques ; mais il n'existait pas de dyspnée ; la toux trachéale se continue pendant assez longtemps, en donnant la sensation de déchirements.

Pendant l'année 1894, quelques troubles dyspnéïques ont apparu ; la respiration a été manifestement courte et difficile, le temps de l'inspiration plus long et exigeant un léger effort de volonté; mais, depuis cinq mois surtout, le malade est dans un état inquiétant. Il raconte qu'un jour en voulant monter un es-

calier en portant un fardeau, la respiration a été tellement gênée qu'un moment il a eu la sensation d'asphyxie.

Le moindre effort est interdit et le malade doit borner son existence à des occupations peu pénibles; actuellement, il fait deux heures de classe par jour.

Etat actuel. — Symptômes. — Le malade est un peu amaigri, sa constitution paraît néanmoins assez robuste ; à l'état de repos, la respiration est bruyante et fait entendre aux deux temps un sifflement rude devenant beaucoup plus intense quand le malade est en mouvement, les deux temps d'expiration et d'inspiration sont fort longs ; ce dernier exige un effort de volonté de la part du malade.

La voix est normale, au dire du malade, elle est parfois enrouée et des efforts d'expectoration, en chassant des mucosités, la rendent plus claire.

Le malade accuse encore une grande difficulté à respirer par le nez, qui est souvent bouché par des paquets de mucosités.

L'examen du corps ne montre aucune cicatrice ou ancienne exostose; les os sont parfaitement normaux, les bosses frontales craniennes ne sont pas proéminentes ; la vision est parfaite ; les diverses fonctions s'accomplissent normalement, sauf la fonction respiratoire qui, seule, présente les troubles que nous avons signalés.

Examen objectif.— *Nez :* Ne présente extérieurement aucune altération de forme caractéristique d'une lésion osseuse ; antérieurement, les fosses nasales sont très larges, les cornets sont atrophiés et recouverts de mucosités noirâtres, fort dures, formant des bouchons.

Pharynx. — Il est absolument lisse, d'aspect vernissé et il est tapissé de mucosités verdâtres desséchées, en couches fort épaisses sur certains points.

Larynx. — Son examen fait voir une épiglotte mince, nor-

male, des replis ary-épiglottiques et des aryténoïdes à peu près normaux. Dans le vestibule laryngien existent quelques mucosités sèches. Les cordes vocales se rapprochent parfaitement dans la phonation ; mais dans les mouvements respiratoires, elles s'écartent au maximum, au point d'être en partie cachées sous les bandes ventriculaires. On aperçoit alors, dans leur intervalle, une sorte de diaphragme horizontalement percé, en son centre, d'un orifice circulaire absolument régulier et du calibre d'une plume d'oie. Sa couleur est blanc grisâtre ; il est recouvert de mucosités sèches, noirâtres, semblables à celles qui ont été observées dans les premières voies nasales et pharyngiennes.

Fait particulier. — Les cordes vocales dans les deux temps respiratoires, inspiration et expiration, sont absolument immobiles, toujours dilatées au maximum ; elles n'ont pas ce balancement automatique dû à la fonction respiratoire. Il semble que le centre cortical-moteur soit intervenu pour favoriser autant l'expiration que l'inspiration en maintenant la glotte ouverte au maximum, d'une façon permanente. Cette disposition de l'orifice glottique facilite un examen prolongé ; il n'est toutefois pas possible de voir autre chose que ce qui a été indiqué ; la barrière fibreuse empêche de plonger plus profondément dans l'intérieur de la trachée.

Examen au stylet. — Les porte-ouate ordinaires ne permettent pas d'arriver sur la membrane fibreuse, plane et non en entonnoir. L'examen doit être pratiqué avec un stylet fabriqué exprès et coudé plus profondément que les porte-ouate. Il semble à l'exploration, avec cet instrument, que l'obstacle doive siéger à une distance de trois centimètres au-dessous de la glotte ; distance d'ailleurs difficile à apprécier exactement à l'œil, en raison du raccourci des images laryngoscopiques.

Intervention. — Deux moyens s'offraient à l'intervention : 1° la discision, soit avec le bistouri, soit avec le galvano ; 2° la

dilatation. C'est à ce dernier que le Dr Molinié a donné la préférence. Il pouvait employer soit les tubes du Dr O'Dwyer, soit les tubes de Schroetter.

Première séance.— Elle est faite en présence de M. le docteur Dufour. Tous les instruments nécessaires à la trachéotomie ont été préparés en prévision d'une asphyxie possible. Le premier tube du Dr O'Dwyer est essayé. Il ne peut être introduit dans l'ouverture du diaphragme fibreux ; il vient constamment butter dans l'angle formé par la jonction du bord périphérique de la membrane fibreuse, avec la paroi antérieure de la trachée.

Les tubes dilatateurs du larynx de Schrœtter sont alors employés ; le numéro 4 est introduit et supporté pendant cinq minutes.

Le 15 avril, deuxième séance; la forme des tubes a été modifiée par l'agrandissement de leur courbe. Le calibre supérieur au numéro 4 est introduit et mis en place, mais, malgré sa présence dans le larynx, la respiration se fait d'une manière incomplète. C'est alors que le tube étant placé, le malade, assis sur une chaise, le tronc et la tête renversés en arrière, en faisant des efforts, pousse le tube et, après une résistance assez considérable, lui fait franchir un second rétrécissement, dont l'existence n'était pas soupçonnée. Dès ce moment, la respiration par le tube est large, l'air pénètre librement dans les poumons. Le tube est gardé en place 35 minutes.

Les 19, 20, 22, 25 et 30 avril, séances sans incident.

On passe successivement les numéros 7, 8, 9, du tube de Schrœtter qui sont assez bien supportés. L'introduction des tubes se fait toujours en deux temps ; le docteur Molinié introduit le tube dans le larynx, fait franchir le premier obstacle, puis, après un temps d'arrêt, c'est le malade lui-même qui, en tâtonnant et en poussant le tube, fait franchir le deuxième

obstacle qui doit siéger au niveau du quatrième anneau de la trachée.

L'amélioration est très considérable, les troubles respiratoires disparaissent, l'état général s'améliore.

Il doit être signalé après chaque séance une aggravation des symptômes pendant le jour suivant, aggravation due à une obstruction de l'ouverture de la membrane fibreuse par un exsudat ou par un peu de réaction inflammatoire, peut être aussi à la mortification de quelque lambeau du diaphragme fibreux venant se placer au-devant de son orifice. En effet, en passant la sonde dilatatrice à la séance suivante, on retire, adhérant au tube, une substance semi-gélatineuse filante qui paraît formée d'exsudats plastiques ou de tissus mortifiés. Cette substance amène après son extraction un soulagement considérable.

On arrive à passer le tube numéro 9 de Schrœtter, qui correspond à *5 centimètres* de circonférence. La dilatation a été brusque et a même amené un peu de réaction inflammatoire pendant quelques jours consécutifs.

Le 13 juillet, dernière séance.

Le malade est revu le 22 septembre, il est resté sans traitement après la chute des phénomènes inflammatoires, il s'est produit une amélioration notable. Le malade a pu jouir d'une façon complète de ses vacances et assure avoir respiré comme cela ne lui était plus arrivé depuis 15 ans.

L'examen laryngoscopique montre une fente glottique normale, et un orifice trachéal volumineux, il reste seulement un repli semi-circulaire adhérent à la portion antérieure. Il est impossible d'apercevoir le rétrécissement inférieur.

Depuis, le malade se présente tous les trois mois au docteur Molinié ; sa guérison se maintient, il ne cesse de se féliciter du résultat obtenu qui surpasse son attente. Dernièrement il a fait l'ascension de la colline de N.-D. de la Garde, sans

éprouver la moindre gêne, sans s'arrêter et en marchant plus vite que tous les autres frères.

Il continue à passer de loin en loin le tube numéro 7 de Schrœtter qui passe sans effort ; il n'y a pas de récidive, à l'heure actuelle. Deux ans après l'intervention, les nouvelles du cher Frère sont excellentes ; il n'y a pas eu de récidive.

Observation II

Masséi (communiquée à la Société française d'otologie et laryngologie) in *Revue de laryngologie*, mai 1884.

Rétrécissement syphilitique de la trachée.

Antécédents. — Femme âgée de 28 ans, mariée depuis 12 ans. Bientôt après son mariage ayant eu une grossesse terminée à 4 mois par fausse couche.

L'année suivante, nouvelle grossesse terminée heureusement.

Pendant les 12 ans de mariage a eu neuf grossesses, dont trois se sont terminées par fausse couche.

Plusieurs années auparavant, la malade avait eu une éruption cutanée dont il ne restait aucune trace; pas de maux de gorge, pas de chute des cheveux ni de douleurs dans les membres ; les ganglions latéraux du cou étaient un peu engorgés.

Etat actuel. — Symptômes. — La voix est bonne, la déglutition est parfaite ; on est tout d'abord frappé par un sifflement respiratoire qui se fait entendre dans les deux temps. La respiration est faible, il y a les signes d'un emphysème marginal.

Examen laryngoscopique. — Larynx sain, mais dès que la femme respire profondément, on observe dans l'espace sous-glottique la cause du bruit respiratoire : un diaphragme qui s'étend au niveau du troisième anneau de la trachée dans toute

l'étendue de la section horizontale de cet organe, il est de couleur rouge foncé et est percé à son centre ou plutôt dans son tiers antérieur d'un trou ovale pouvant laisser passer un cathéter numéro 12 ou 13 de la filière française.

Ce diaphragme est formé par deux replis latéraux qui, placés dans le sens antéro-postérieur, viennent se rejoindre presque sur la ligne médiane et, au-dessous de ces deux replis antéraux postérieurs, par deux autres replis transversaux, dont le postérieur est plus large. Ces replis viennent circonscrire l'ouverture rudimentaire du tuyau normal.

Le traitement local seul pouvait donner des résultats.

« Je commençai, dit Masséi, d'abord par pratiquer le cathétérisme simple avec les cathéters de Schrœtter en faisant de la dilatation progressive. J'étais guidé, je l'avoue avec franchise, plutôt par le toucher, car aussitôt que j'avais franchi la glotte, le miroir à la main, il fallait avec force prévenir la contraction glottique, mais quand j'étais dans l'espace sous-glottique, si la chance ne m'avait guidé jusqu'à l'ouverture centrale du diaphragme, je pouvais l'atteindre avec de petits tâtonnements. Les cathéters fins passaient avec facilité, mais ils ne pouvaient rester en place que quelques minutes, les plus gros avaient une résistance à vaincre et ils faisaient saigner ; l'examen postérieur montrait que le sang venait des bords du trou qui s'étaient en quelque sorte déchirés par le passage de la bougie.

La malade s'améliorait de jour en jour, malgré l'intolérance qui m'obligeait à tenir en place quelques moments seulement le dilatateur. Elle quitta Naples sans attendre la guérison ».

•

A la suite de la précédente observation, Masséi rapporte que M. le professeur de Amicis a raconté un cas où les *symptômes fonctionnels* autorisaient à diagnostiquer un rétrécissement syphilitique du bout supérieur de la trachée. M. de Amicis pratiqua la trachéotomie, et l'opération, qui sauva la malade du

grand danger qu'elle courait, eut une complète guérison pour conséquence.

Observation III

Masséi. — Un cas de sténose sous-glottique (*Archivi italiani di laryngologia*, anno XII, fasc. 2, page 61, avril 1892).

Jeune fille robuste de 28 ans. A l'âge de 14 ans, pendant un hiver très froid, mal de gorge violent avec aphonie et menace de suffocation ; ces phénomènes graves durèrent quatre jours et furent diagnostiqués : croup. Dès lors, légère gêne de la respiration allant croissant d'année en année ; inspiration sifflante pendant la montée des escaliers, pendant le sommeil, etc.

En 1889, apparaissent des accès de spasme glottique ; toux sèche, ardeur à la région trachéale ; le décubitus est un peu pénible. Cependant la voix demeure forte et claire.

A l'examen laryngoscopique, Masséi constate que les cordes vocales ont leur aspect normal et se meuvent bien ; mais qu'entre elles il existe, à la région sous-glottique, un diaphragme membraneux rosé, présentant à son centre un trou ovalaire, qui donne passage à un cathéter numéro 30. Les bords de ce trou sont absolument réguliers.

Masséi, repoussant l'idée d'une trachéotomie, s'adresse à la méthode endo-laryngée.

Il commence par pratiquer des cathétérismes ayant pour but d'habituer le larynx au contact des instruments. Puis, après cocaïnisation sérieuse, à l'aide du couteau laryngien de Schrœtter, il incise la membrane sur la ligne médiane jusqu'à la commissure glottique antérieure. Hémorragie légère. Pour faire disparaître les lambeaux ainsi formés, quelques jours plus tard, il introduit dans le larynx un gros tube de Lefferts et

le laisse en place pendant plusieurs heures. Puis une seconde incision faite quinze jours après, suivie de quelques séances de cathétérisme, amène une guérison complète.

Observation IV

Masséi — *Un cas de sténose sous-glottique.* (Congrès de Rome 1894.)

Un homme de 40 ans fut pris, à la suite d'une affection fébrile de nature inconnue, d'une gêne respiratoire qui alla progressivement en augmentant. Au bout de neuf mois, il existait des phénomènes graves de sténose des premières voies respiratoires avec frémissement vibratoire au niveau des deux premiers anneaux de la trachée. Les cordes se rapprochent bien dans la phonation. Dans l'inspiration, on aperçoit à 3 ou 4 millimètres au-dessous des cordes, une cloison blanche, fibreuse, formée de deux parties latérales qui se rapprochent comme de fausses cordes en laissant en arrière un espace étroit en forme de triangle allongé, large de 4 millimètres, long de 6 à 7.

Le traitement fut : cocaïnisation, discision du diaphragme avec le couteau laryngien, curettage, et enfin, pour élargir les voies et réduire par la compression les débris restants de tissu néoformé, intubation.

Le résultat fut la guérison.

Observation V

Un cas de sténose membraneuse de la trachée d'origine syphilitique, par Gleistmann.

(Archives of Laryngology, nº 1, Janvier 1882).

Il s'agit d'une femme mariée, âgée de 32 ans. Amenée par son médecin à l'auteur, le 1er avril 1874, pour une aphonie

complète et dyspnée qui, il y a quelques semaines, mirent ses jours en danger à cause d'un violent accès de suffocation.

En 1873, cette malade se faisait soigner pour des maux de gorge dont le début remontait assez loin.

A l'examen, on constata l'existence de plaques syphilitiques sur le voile du palais, sur les piliers et à la paroi postérieure du pharynx; il y en avait quelques-unes sur le côté gauche et à la base de la langue. Les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées.

La malade a avoué avoir eu, avant son mariage, un chancre induré sur les parties génitales, contracté à la suite de rapports suspects.

Il n'y a pas de troubles digestifs ni de leucorrhée ; les menstrues sont régulières; les organes sexuels sont sains.

A l'époque de l'apparition du chancre, l'aphonie existait déjà, mais la malade n'éprouvait aucune gêne respiratoire susceptible d'attirer son attention.

Le traitement antisyphilitique fut suivi pendant deux mois; il eut pour résultat de faire disparaître les plaques muqueuses, mais il n'amena aucune amélioration dans la voix.

Peu à peu on commença à constater de la gêne respiratoire allant toujours en s'aggravant, et une nuit la malade fut prise d'un violent accès de toux.

Les soins d'un médecin mandé en toute hâte la soulagèrent momentanément ; mais au bout de 15 jours de traitement, on ne constata aucune amélioration.

En présence de l'aphonie complète dont elle était atteinte et des accès de dyspnée toujours croissants dont elle souffrait, la malade vint consulter l'auteur.

A l'examen, on ne trouva aucun symptôme constitutionnel, pas de tuméfaction des glandes sous-maxillaires ; en revanche, aphonie complète et dyspnée très prononcée d'un caractère

particulier, ayant immédiatement fait penser à la trachée comme siège de la sténose.

L'examen laryngoscopique, pratiqué sans difficulté, ne révéla aucune altération de l'épiglotte, sauf une légère différence de coloration.

Le trait le plus saillant de cet examen fut la révélation de l'existence apparente d'une seconde glotte au dessous de la glotte normale. D'arrière en avant de la trachée s'étendaient deux membranes symétriques, de coloration rouge-brunâtre, à direction transversale et, entre elles, un petit orifice longitudinal plus large en arrière qu'en avant. Ces membranes étaient attachées dans la trachée à la hauteur des 4e et 5e anneaux trachéaux, et elles se mouvaient pendant la respiration et la phonation. Leur surface et leurs bords libres étaient lisses et ne présentaient aucune trace d'ulcération.

Les cordes sont légèrement rouges, en position symétrique, de même que les aryténoïdes. Pendant la phonation, leurs mouvements sont uniformes, mais la glotte reste ouverte sur une largeur égale à celle qui sépare les deux fausses membranes l'une de l'autre. L'auteur porta le diagnostic de sténose d'origine syphilitique et prescrivit un traitement antisyphilitique.

L'opportunité d'une trachéotomie a été momentanément rejetée, à cause du siège profond du rétrécissement, d'autant plus qu'aucun symptôme alarmant ne la rendait urgente.

Les heureux effets du traitement ne tardèrent pas à se faire sentir et, quand l'auteur a vu la malade pour la dernière fois, un mois après la première visite, la voix était revenue, les fausses membranes avaient disparu et la difficulté de la respiration était à peine perceptible. Le traitement spécifique a été supprimé au bout de deux mois.

La malade a été revue deux années plus tard ; elle ne pré-

sentait plus aucun signe de l'ancienne maladie et jouissait d'une santé parfaite.

L'intérêt principal de cette observation consiste notamment dans l'existence de deux fausses membranes symétriques qui, par leur disposition, simulaient parfaitement une glotte supplémentaire.

Observation VI

Rosemberg. (*Revue de Laryngologie*, 1894)

Diaphragme congénital de la trachée.

Il s'agit d'un cas dans lequel un diaphragme double existait chez un garçon de 12 ans ; l'inférieur était placé entre les cordes vocales à leur face inférieure sur les deux tiers antérieurs, le supérieur s'insérait sur les plis ary-épiglottiques et l'épiglotte.

Observation VII

Frank-Donaldson. (Laryngolog. Society of London. 13 octobre 1893)

Il s'agit d'une femme de 34 ans atteinte d'un rétrécissement sous-glottique consécutif à une inflammation diphtérique et cicatrisation à l'aide de bandes membraneuses.

Traitement : dilatation avec les tubes de Schroetter.

Résultat : guérison.

Observation VIII

Sténoses membraneuses de la région sous-glottique (*Journal of laryngol.*, n° 8, 1890).

Il s'agit d'un homme chez lequel il a été trouvé des membranes dans la région sous-glottique. Le malade n'était pas syphilitique.

Observations IX et X

Communications faites par M. le Dr Castex à la Société française d'otologie, rhinologie et laryngologie (*Presse médicale* du 7 mai 1898).

Laryngite sous-glottique chronique.

M. Castex a vu deux cas récents :

a) Une jeune femme convalescente d'un érysipèle de la face. Des accès d'oppression avaient nécessité la laryngotomie intercricothyroïdienne. Depuis, impossibilité de se passer de la canule. Les cordes étaient rouges, en position cadavérique. Au-dessous d'elles s'accusait, de chaque côté, un soulèvement fusiforme de la muqueuse sous-glottique, assez analogue à celui des prolapsus ventriculaires.

b) Une autre fois, c'était une malade du service de M. Rendu (hôpital Necker), tuberculeuse et en état de grossesse. Dyspnée laryngée. L'examen montrait un organe pâle, sans caractères importants de tuberculose au-dessus de la glotte, mais au-dessous, les parties tuméfiées venaient presque au contact de droite à gauche. La malade succomba à l'asphyxie lente, et l'autopsie fit constater les mêmes lésions que la laryngoscopie.

M. Castex conclut : 1° la région sous-glottique est très infiltrable à tous les âges, à cause de l'importante couche celluleuse qui est sous-jacente à la muqueuse ; elle est riche en lymphatiques, d'où facilité de ses infections.

2° Les affections qu'on y observe le plus souvent sont la laryngite chronique hypertrophique et les sténoses.

3° La laryngite chronique hypertrophique se caractérise par l'attitude cadavérique des cordes, la présence de bourrelets épais au-dessous d'elles, par des poussées aiguës. Ses

conditions étiologiques principales sont : la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la tuberculose, la lèpre, le sclérome.

4° Les sténoses affectent ordinairement la forme de diaphragme sous-glottique ; elles empêchent le décanulement.

5° Comme moyen thérapeutique, la dilatation endolaryngée, qui prévient l'asphyxie ou la laryngotomie, en plaçant temporairement une canule dans l'obstacle élargi, doit être employée.

CONCLUSIONS

1° Les observations rapportées dans le cours de ce travail démontrent l'existence d'un mode d'oblitération de la trachée, constitué par la présence de membranes situées dans un plan à peu près perpendiculaire à l'axe de ce conduit et susceptibles d'en obstruer la lumière d'une façon plus ou moins complète.

2° Ce mode d'oblitération, bien qu'appartenant à la grande classe des sténoses trachéales, doit avoir son individualité morbide tant à cause de ses formes, de sa marche, du traitement qu'il réclame, que des résultats que donne ce traitement.

Il n'entraîne pas l'altération du calibre de la trachée, comme les rétrécissements proprement dits, qui amènent une stricture du conduit aérien ou une déformation de ses parois.

Nous le dénommons : *occlusion membraneuse de la trachée.*

3° L'étiologie permet de reconnaître que cette affection n'est que rarement consécutive à la syphilis. Il est vraisemblable que toutes les affections inflammatoires et ulcéreuses de la trachée (banales ou spécifiques), peuvent en être le point de départ.

4° Les cas d'occlusion membraneuse de la trachée, épars dans la littérature médicale, offrent des caractères communs qui justifient la création d'une place distincte dans le vaste cadre des rétrécissements de la trachée.

L'anatomie pathologique de l'occlusion membraneuse est encore à faire.

Toutefois, l'absence de récidive après traitement doit faire classer l'occlusion membraneuse en dehors des productions malignes.

5° La symptomatologie de cette affection est tributaire de l'examen laryngoscopique. La lésion est constituée par la présence de membranes de formes diverses (segment de cercle, bandes antéro-postérieures ou transversales, diaphragme, etc.), placées sur les parois internes de la trachée. Ces membranes peuvent être superposées. Leur siège peut être sur tous les points de la trachée. Elles s'observent généralement dans l'âge moyen de la vie.

6° Le diagnostic ne peut être assuré que par l'examen endotrachéal.

7° Le pronostic de l'occlusion membraneuse est très sombre par lui-même. Il devient néanmoins plus favorable si l'affection est reconnue.

8° Le traitement doit avoir pour but la suppression de la membrane oblitérante. On arrive à ce résultat par l'incision ou la dilacération, suivies de la dilatation au moyen de tubes gradués. Les voies naturelles doivent être choisies pour ces manœuvres. En cas d'impossibilité, on est autorisé à créer une voie artificielle. Le résultat est en général très satisfaisant. La récidive très rare.

9° Les caractères particuliers à l'occlusion membraneuse, différant essentiellement de ceux des rétrécissements, comme étiologie, comme lésion, comme pronostic et traitement, démontrent la légitimité du groupement et justifient l'autonomie de l'*occlusion membraneuse*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aufrecht. — Un cas de sténose fibreuse de la trachée. (Deutsch. Arch. fur clinic. médic., 1886).

Baudré. — Thèse de Paris, 1864.

Besançon. — Rétrécissement de la trachée et des bronches. (Société anatomique, Paris). (Progrès Médical du 12 juin 1886).

Berger. — Rétrécissement de la trachée. (Société de chirurg., Paris, 5 février 1890).

Braun. — Rétrécissement du larynx et de la trachée traité avec succès par la dilatation progressive. (Central fur chirurg., n° 51, 1880 et Gazette médicale de Paris, 23 juillet 1881).

Caputi. — Un cas de trachéosténose. (Archives italiennes de laryngologie, 15 janvier 1886).

Castex. — Le rétrécissement syphilitique de la trachée. (France Médicale, 1892).

— Sur la région sous-glottique. (Anatomie et pathologie). (Presse médicale du 7 mai 1898).

Chaussat. — Thèse de Paris, 1859.

Chiari. — Des sténoses de la trachée et de leur traitement d'après la méthode de Schrœtter. (Monatsschrift fur Ohreinheil, n° 11, 1882).

— Un cas de sténose trachéale 7 ans après la diphtérie, guérie par le tubage, juillet 1888.

Cyr. — Thèse de Paris, 1868.

Dreschfeld (Jul.) — Sténose syphilitique de la trachée. Medical chronicle, décemb. 1885. (Intercal. Centralbl. fur laryngol., 1886).

Frankel. — Syphilis de la trachée et du corps thyroïde. (Deutsch Medical Wochenschrift, décembre 1887).

Franck Donaldson. — Rétrécissement sous-glottique consécutif à la diphtérie. (Society of London, 13 octobre 1893).

Gleistmann. — Un cas de sténose membraneuse de la trachée d'origine syphilitique. — Guérison. (Archiv. of laryngologiq., n° 1, janvier 1882).

Gougenheim. — Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite de cause syphilitique. (Annales des maladies de l'oreille, 1886, page 65).

Grossmann. — Sténoses trachéales. (Wiener Klinick Journal of laryngol., n° 6, 1896).

Guillaume. — Syphilis ; ulcères spécifiques ; rétrécissement syphilitique de la trachée. (Société d'anatomie pathologique et Presse médicale belge).

Hartman (Henri). — Mal. du larynx et de la trachée. (*In* Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, tome V).

Jacobson. — Sténoses membraneuses de la région sous-glottique. (Meditzina, n° 1, 1890, et Journal of laryngol, n° 8, 1890).

Lacoarret. — Laryngite hypertrophique sous-glottique, poussée aiguë.

Lancereaux. — Laryngite et bronchite tertiaires. (Ann., juillet 1882).

Landgraf. — Pathologie des sténoses trachéales et bronchiques. (Berlin. Klin. Wochensc., décembre 1889).

Lubet-Barbon. — Mal. du larynx et de la trachée, *in* Traité de Chirurgie clinique et opératoire. Le Dentu et Delbet, tome VI.

Lublinski. — Rétrécissement des voies aériennes supérieures. (Bulletin Médical, 19 juin 1887).

— Contribut. à l'étude des sténoses laryngées. (Deutsch. medic. Zeitung, 27 juin 1887, n° 1).

Mary. — Thèse de Paris, 1865.

Martino. — Les rétrécissements du larynx et de la trachée et traitement. (Gli incurabili au... III, nos 19 et 20, 1er et 15 octobre 1883, Naples).

Masséi. — La région sous-glottique. (Congrès de Rome, 1894).

— Un cas de rétrécissement de la trachée. (Revue de laryngologie, rhinologie et otologie, mai 1884).

— Sténose sous-glottique. (Archives italiennes de laryngologie. (Ann. XII, fascicule 2, page 61, avril 1892, et Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez. Année 1892, pages 910 et 1099).

Maubiac. — Syphilose laryng., trachéale, bronchiq. (Paris, 1887-88).

Moura. — Diamètres de la trachée. (Revue de laryng., rhin. et otol., 1887, page 117).

O'Dwyer. — Sténose chronique du larynx et de la trachée. (Revue de laryng., rhin. et otolog.) (Ann. 1887, p. 545).

Pienazek. — Examen et traitement de la trachée et des bronches. (Revue de laryngologie, 1893).

Quarry-Lilkock. — Trachéite ulcéreuse d'origine syphilitique. (The Lancet, 19 novembre 1885).

Rothman. — Présentation de pièces d'ulcérations particulières du larynx et de la trachée. (Berliner Medical, Gesellschrift, 1890).

Rosemberg. — Diaphragme congénital du larynx et de la trachée. (Revue de laryngologie, 1894).

Seiler. — Sténose du larynx et de la trachée. (American laryngolog. Association, n° 25). (New-York Med. Journal, 20 octobre 1888).

Solis-Cohen. — Syphilis du larynx, de la trachée et des bronches. (Journal of laryng., novembre et décembre 1888).

Tauber. — Sténose laryngienne et trachéale survenue 45 ans après l'infection. (Archiv. of laryngol., juillet 1882).

Voltolini. — Opération pratiquée sur une trachée obstruée par une cicatrice, présentation du malade. (Monatschrift fur Ohrenheid, n° 3, mars 1886, et Breslauer Archiv.)

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 19 juillet 1898.

Le Recteur,

Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 20 juillet 1898.

Le Doyen,

L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !